

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

正

◎ 網掛け部分の記入は必要ありません。ただし、この届書の3枚目の国民年金第3号被保険者にかかる届書を同時に提出する場合には、必ず記入して下さい。
 ◎ 被扶養者(増)の場合、個人番号(マイナンバー)を、記入してください。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦ 被 保 険 者 の 氏 名 フリガナ (氏) (名)	⑧ 生 年 月 日 ★ 5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	④ 性別 ★ 男 1 女 2	④ 異動の別 ★ 追加 1 削除 2 (変更)	⑦ 変更内容 (削除(変更)の場合) ★ 1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. その他	⑨ 資格取得年月日 年 月 日	⑩ 標準報酬月額 千円
⑦ 基礎年金番号又は手帳記号番号		共済番号表示	⑧ 郵便番号	⑦ 被 保 険 者 の 住 所 ※住所コード (フリガナ)			⑦ 備 考	

⑩ 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号	⑦ 生 年 月 日 (訂正後) ★ 5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	④ 手帳記号番号	⑦ 被扶養者(第3号被保険者)になった理由 ★ア. 被保険者が被用者保険制度に加入 イ. 被保険者の所属する年金制度等の変更 a. 厚生年金保険→共済組合 b. 共済組合→厚生年金保険 c. 共済組合→共済組合 ウ. 婚姻 エ. 被扶養者の離職(2号喪失) オ. 被扶養者の所得減少 カ. その他()	⑧ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由 ★ 死亡 (年 月 日死亡) その他 ()						
⑤ 被扶養者番号	⑥ 被扶養者の氏名 フリガナ (氏) (名)	⑦ 生 年 月 日 ★ 5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	⑧ 性別 ★ 男 1 女 2	⑨ 続柄	⑩ 職業	⑪ 被扶養者になった日 (増) 年 月 日	⑫ 被扶養者でなくなった日 (減)	⑬ 被保険者証回収区分 ※ 添付返不能減失	⑭ 年金手帳 ※ 添付未添付	⑮ 備考
⑦ 郵便番号		⑧ 住 所 ※住所コード		フリガナ	⑩ 氏名変更(訂正)年月日 年 月 日	⑪ 外国人区分 ★ 0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人	⑫ 被扶養者通称名 (フリガナ)	⑬ 種別	⑭ 強制付番指定 ※ 1. 強制付番指定	⑮ 年金手帳作成 ★ 1. 年金手帳再交付

⑤ 被扶養者番号	⑥ 被扶養者の氏名 フリガナ (氏) (名)	⑦ 生 年 月 日 ★ 5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	⑧ 性別 ★ 男 1 女 2	⑨ 続柄	⑩ 職業	⑪ 被扶養者になった日 (増) 年 月 日	⑫ 被扶養者でなくなった日 (減)	⑬ 理由	⑭ 住居 同居 別居	⑮ 被保険者証回収区分 ※ 添付返不能減失	⑯ 備考
※	フリガナ (氏) (名)	★ 5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	★ 男 1 女 2			(増) 年 月 日	(減)		同居	※ 添付返不能減失	
※	フリガナ (氏) (名)	★ 5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	★ 男 1 女 2			(増) 年 月 日	(減)		同居	※ 添付返不能減失	
※	フリガナ (氏) (名)	★ 5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	★ 男 1 女 2			(増) 年 月 日	(減)		同居	※ 添付返不能減失	

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

年 月 日提出

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

電 話 (局) 番

年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者印

受 付 印

健康保険被扶養者（異動）届

副

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦被保険者の氏名 フリガナ (氏) (名)	⑧生年月日 ★5.昭 7.平 9.令	⑨性別 ★男1 女2	⑩異動の別 ★追加1 削除2 (変更)	⑪変更内容 (削除(変更)の場合) ★1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. その他	⑫資格取得年月日 年 月 日	⑬標準報酬月額 千円
⑭基礎年金番号又は手帳記号番号		⑮共済番号表示	⑯郵便番号	⑰被保険者の住所 ※住所コード (フリガナ)			⑱備考	

①配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号	②生年月日(訂正後) ★5.昭 7.平 9.令	③手帳記号番号	④被扶養者(第3号被保険者)になった理由 ★ア. 被保険者が被用者保険制度に加入 イ. 被保険者の所属する年金制度等の変更 ウ. 婚姻 エ. 被扶養者の離職(号喪失) オ. 被扶養者の所得減少 カ. その他()	⑤被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由 ★死亡(年 月 日死亡) その他()						
⑥被扶養者の氏名 フリガナ (氏) (名)	⑦生年月日 ★5.昭 7.平 9.令	⑧性別 ★男1 女2	⑨続柄	⑩職業	⑪被扶養者になった日 (増) 年 月 日	⑫被扶養者でなくなった日 (減)	⑬被保険者証 回収区分 ※添付 返不能 減失	⑭年金手帳 ※添付 未添付	⑮備考	認定欄
⑯郵便番号	⑰住所 ※住所コード (フリガナ)	⑱氏名変更(訂正)年月日 年 月 日	⑲外国人区分 ★0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人	⑳被扶養者通称名 (フリガナ)	㉑種別	㉒強制付番指定 ※1. 強制付番 指定	㉓年金手帳作成 ★1. 年金手帳 再交付			

⑥被扶養者の氏名 フリガナ (氏) (名)	⑦生年月日 ★5.昭 7.平 9.令	⑧性別 ★男1 女2	⑨続柄	⑩職業	⑪被扶養者になった日 (増) 年 月 日	⑫被扶養者でなくなった日 (減)	⑬理由	⑭住居 同居 別居	⑮被保険者証 回収区分 ※添付 返不能 減失	⑯備考	認定欄
フリガナ (氏) (名)	★5.昭 7.平 9.令	★男1 女2			(増) 年 月 日	(減)		同居 別居	※添付 返不能 減失		
フリガナ (氏) (名)	★5.昭 7.平 9.令	★男1 女2			(増) 年 月 日	(減)		同居 別居	※添付 返不能 減失		
フリガナ (氏) (名)	★5.昭 7.平 9.令	★男1 女2			(増) 年 月 日	(減)		同居 別居	※添付 返不能 減失		

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

年 月 日提出

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名 様

電話 (局) 番

年 月 日提出

確認印

日本自動車部品工業健康保険組合理事長

事業所の管轄年金事務所
年金事務所

国民年金第3号被保険者

資格取得・種別変更・種別確認 (3号該当)
資格喪失・死亡届
氏名・生年月日・性別変更(訂正)
被扶養配偶者非該当

所長	次長	課長	係長	係員

第3号被保険者等の配偶者欄	配偶者の氏名		配偶者の生年月日		第3号該当・非該当 ★ 該当・非該当(変更)	変更内容(削除(変更)の場合)	
	フリガナ(氏)	(名) 印	★ 5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日		★ 1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. その他	
配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号		共済番号表示	郵便番号	配偶者の住所		備考	
		※ 1. 配偶者共済番号表示		※住所コード	(フリガナ)		

第3号被保険者欄	基礎年金番号又は手帳記号番号		生年月日(訂正後)		手帳記号番号		資格取得・種別変更・種別確認の理由		第3号被保険者でなくなった理由		
			★ 5. 昭 7. 平 9. 令 年 月 日				★ア. 配偶者が被用者年金制度に加入 イ. 配偶者の所属する年金制度等の変更 ウ. 婚姻 エ. 被扶養者の離職(2号喪失) オ. 本人の所得減少 カ. その他()		★ 死亡(年 月 日死亡) その他()		
	被保険者氏名		生年月日(訂正前)		性別		資格取得(種別変更・種別確認)年月日		第3号被保険者でなくなった日		
	フリガナ(氏)		★ 5. 昭 7. 平 9. 令 年 月 日		★ 男 1 女 2		(増) 年 月 日 (減) 年 月 日				
郵便番号		被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入)			氏名変更(訂正)年月日		外国人区分		被保険者通称名		
		※住所コード フリガナ			年 月 日		★ 0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人		(フリガナ)		
訂正後取得年月日・種別		要年金手帳送付		受給権確認表示		納付書抑止表示		送 信		送 信	
※ 年 月 日		※ 1. 第1号 第3号 2. 任意		※ 1. 宛名シール作成		※ 1. 納付書作成しない					

事業主等受付年月日

※ 年金事務所

受付印

被扶養者認定

被扶養者認定年月日

(注)

30	第3号A(厚生年金保険・船員保険)	36	第3号G(地方公務員等共済組合)
31	第3号A(厚生年金保険・健康保険)	37	第3号J(日本私立学校振興・共済事業団)
32	第3号C(国家公務員共済組合)		

上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。

○届書記載の基礎年金番号又は年金制度の記号番号は、当該配偶者のものに相違ないことを確認する。

年 月 日提出

〒 -

(事業主等) 事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話 (局) 番 印

上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。

○届書記載の被保険者は、健康保険又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。

認定年月日 年 月 日
(資格取得(種別変更・種別確認)年月日と同じ場合は記載の必要はありません。)

年 月 日提出

〒 -

(医療被保険者) 所在地
名称
代表者等氏名
電 話 (局) 番 印

この届書のとおり提出します。

日本年金機構理事長 あて

年 月 日提出

〒 -

(届出人) 住所
氏名
電 話 (局) 番 印

◎健康保険の被扶養者に関する届出をする方のうち、配偶者が届出事由に該当する場合にこの届書を提出してください。
ただし、20歳未満又は60歳以上の方は提出が不要です。また、配偶者が被用者年金制度(厚生年金、共済組合等)に加入し被扶養者でなくなった場合についても提出は不要です。
◎裏面を必ずお読みのうえで記入してください。